

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

NGUYỄN HAI

Né à Haïphong, le 25 novembre 1903

Ancien Externe des Hôpitaux

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

FRÉQUENCE, CAUSES
ET TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

NGUYÊN HAI

Né à Haïphong, le 25 novembre 1903
Ancien Externe des Hôpitaux

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

FRÉQUENCE, CAUSES
ET TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 BINET Physiologie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA. . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT. . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . Hygiène.
 JOYEUX. . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE(G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MERCIER (F.). Pharmacologie.
 MILLOT. . . Histologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale,
 RICHTER. . . Physiologie.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale.
 CHIRAY. . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique méd.
 LERI. . . Clinique médicale.
 AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
 BASSET. . . Clinique chirurgicale.

MM.

CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU. . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ. . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER. . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER. . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE, professeur sans	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
chaire	
FREY.	l'adulte pour les accidentés du travail, les
CHAILLEY-BERT.	mutilés de guerre et les infirmes adultes.
LEDOUX-LEBARD	Stomatologie,
WEILL-HALLÉ.	Education physique.
	Radiologie clinique
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Officier de la Légion d'honneur

Professeur de Clinique obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine

*En témoignage de ma reconnais-
sance et de mon admiration.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Officier de la Légion d'honneur
Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et m'a toujours guidé de ses
judicieux conseils. Qu'il trouve ici
l'expression de ma profonde grati-
tude et de mon respectueux atta-
chement.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX
DE PARIS

A MON CONFÉRENCIER

M. MAURICE MAYER

Interne des hôpitaux

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

FRÉQUENCE, CAUSES ET TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

AVANT-PROPOS

L'accouchement prématuré, d'une façon générale, relève des mêmes causes que l'avortement. Et l'on sait combien est complexe le problème étiologique de ce dernier. De nombreux auteurs ont longuement traité de l'avortement, tant provoqué que spontané. En ne tenant compte que de l'avortement spontané, il faut reconnaître ce fait que le nombre d'avortements relevés dans les services hospitaliers ne représente qu'un chiffre infime par rapport au nombre considérable de cas ignorés.

Sur 1997 femmes admises dans le service de la Maternité de Lariboisière en 1929, nous ne relevons que 126 cas d'avortement, soit environ 6,5 %. Or nous savons avec quelle aisance les services de chirurgie se déchargent des avortements en les adressant systématiquement dans les maternités. Nous sommes, comme on le voit, bien loin du chiffre de 20 % donné par les auteurs depuis Guillemeau à Ribemont-Dessaignes, de 30 % dans les grandes villes, selon Bumm. Il est donc impossible d'établir la fréquence absolue de l'avortement, et sa fré-

quence relative par rapport aux gestations. Quant à son étiologie, elle n'est connue que pour 20 % des cas seulement d'une façon certaine (Didier).

Il n'en va pas de même pour l'accouchement prématuré. Sa fréquence peut être assez nettement établie. L'accouchement prématuré constitue un événement physio-pathologique assez important pour que les femmes craignent de le faire subrepticement. Il en résulte que les femmes qui sont sur le point d'accoucher prématurément vont dans les maternités.

Les accouchements prématurés se présentent à l'hôpital suivant deux aspects :

l'accouchement prématuré provoqué ou thérapeutique ;

l'accouchement prématuré spontané et pathologique.

L'accouchement prématuré provoqué constitue un chapitre que nous n'avons pas à envisager dans notre travail.

Il est des causes d'ordre pathologique qui peuvent amener à pratiquer une interruption artificielle de la grossesse, mais une telle manœuvre doit être strictement réservée à des cas précis et dans l'ensemble très peu nombreux, ainsi que l'a montré M. le Professeur Couvelaire (leçon inaugurale à la Clinique Baudelocque, 1929).

Il reste l'accouchement prématuré provoqué par dystocie pelvienne qui autrefois constituait un chapitre important de l'obstétrique et dont les ressor-

tissantes se trouvaient fréquemment dans les services d'accouchement.

En effet cette pratique, après avoir connu une très large vogue, a vu ses indications se rétrécir dans des proportions énormes depuis l'évolution chirurgicale de l'obstétrique moderne.

On connaît les dangers de cette méthode aussi bien pour l'enfant que pour la mère.

D'une part l'impossibilité de préciser d'une façon exacte l'âge de la gestation amenait souvent l'expulsion d'un produit fœtal d'une viabilité discutable. D'autre part la difficulté du déclenchement de l'accouchement provoqué avant terme n'était pas sans danger pour la femme. Nous éliminons d'emblée de tels accouchements prématurés du cadre de notre étude en retenant cependant que cette pratique qui, encore fort en honneur dans certains pays étrangers et même dans quelques facultés françaises, trouve dans certains cas limités une indication qui peut être utile et favorable.

Seuls nous aurons en vue les accouchements prématurés spontané et pathologique. La définition de l'accouchement prématuré n'est du reste pas d'une facilité évidente. Le poids du fœtus n'est lui-même pas un criterium absolu. Sauf les enfants à type d'enfants « araignées » décrits par M. le Professeur Pinard, il est difficile de dire devant un nouveau-né malingre, s'il s'agit d'un prématuré ou d'un débile. Malgré cela on arrive à trouver un nombre relativement important d'accouchements prématurés pro-

portionnellement à l'ensemble des accouchements.

Quelles sont les causes de ces accouchements prématurés? Voici une question importante parce que riche en déductions thérapeutiques.

Sur les 1871 accouchements de l'année 1929 à la Maternité de Lariboisière, nous avons relevé 455 prématurés sur lesquels, dans 353 cas, soit les $\frac{4}{5}$, nous avons pu trouver une justification pathologique. Il en reste $\frac{1}{5}$ dans lequel on peut probablement faire intervenir des causes d'ordre social. Mais comme nous le verrons au cours de ce travail, nous pouvons d'emblée considérer que les accouchements prématurés surviennent dans deux ordres de circonstances diamétralement opposées.

1° Les accouchements prématurés, pathologiques ou accidentels, imprévisibles, contre lesquels toute thérapeutique prémonitoire est sans intérêt ; ce sont les moins fréquents, ce sont les moins intéressants parce que non accessibles à la thérapeutique préventive et curative ;

2° Les accouchements prématurés spontanés dûs à des causes d'ordre général, contre lesquels nous sommes puissamment armés. Ce sont de beaucoup les plus fréquents, et nous voulons parler d'une part des accouchements prématurés par tuberculose et surtout par syphilis, d'autre part ceux dûs à des conditions sociales défectueuses. Il est évident du reste que ce double ordre de causes est intimement lié l'un à l'autre et que souvent les facteurs social et

pathologique se rencontrent d'une façon indissoluble.

Or, ce sont précisément ces accouchements prématurés nombreux qu'un traitement préventif et curatif d'une part, et qu'une sauvegarde sociale d'autre part peuvent faire diminuer dans des proportions considérables.

II

DIVISION DU MÉMOIRE

1^o Nous envisagerons d'abord la façon dont se présentent les accouchements prématurés et la valeur médico-sociale des enfants prématurés;

2^o Nous établirons ensuite, grâce aux statistiques qu'a bien voulu nous confier notre maître M. le Dr Devraigne, un aperçu de la fréquence absolue et relative des accouchements prématurés dans le service de la Maternité de Lariboisière;

3^o Nous envisagerons la fréquence respective des différentes causes d'accouchement prématuré;

4^o Nous pourrons enfin montrer combien les traitements médicaux préventifs et la lutte de préservation sociale peuvent faire diminuer dans une large proportion les accouchements prématurés.

III

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ET DU NOUVEAU-NÉ PRÉMATURÉ

On entend par accouchement prématuré l'interruption de la gestation au cours du dernier trimestre. L'accouchement prématuré diffère de l'avortement en ce que le produit de conception a des chances de s'adapter à la vie extra-utérine ; il est considéré comme viable, tout au moins légalement. Médicalement, il est souvent difficile de déterminer la viabilité d'un enfant né avant terme puisqu'on a vu parfois des enfants venus au monde avant la fin du sixième mois de la grossesse vivre un temps plus ou moins long. D'autre part bien des prématurés, nés au cours du dernier trimestre de la gestation ne survivent pas. Aussi la limite de 180 jours donnée par le Code n'est-elle qu'une mesure bien rigide qui ne permet pas d'apprécier d'une façon même approximative la viabilité d'un fœtus venu avant terme.

Avant l'expulsion du fœtus. — Mais, avant même d'avoir en main ces « fruits verts détachés de la branche par un coup de vent » (Wallich et Fruhinsholz), avant le fait accompli, ne peut-on pas affirmer

qu'un accouchement imminent sera prématuré ? Tout revient d'une part à déterminer l'âge de la grossesse, c'est-à-dire préciser la date exacte de son début, et d'autre part à établir une limite extrême à partir de laquelle la grossesse sera à son terme.

Ce serait dépasser le but que nous nous sommes assignés, que de nous arrêter longuement sur ces considérations générales sur la grossesse. Et cependant, pour affirmer qu'il y a accouchement prématuré dans certains cas, il nous faut bien fixer à la grossesse une durée minima au delà de laquelle l'accouchement doit être considéré comme à terme. 300 jours, comme le veut le législateur, ainsi que cela résulte de l'article 315 du Code civil ?

Légalement ce peut être une mesure très sage, mais du point de vue qui nous occupe, il y aurait vraiment trop d'accouchements prématurés.

Tout le monde convient qu'il est très difficile de prédire exactement la date à laquelle une femme arrivera au terme de sa grossesse. Devilliers a indiqué comme limites extrêmes 250 jours et 340 jours entre le dernier jour des dernières règles et le jour de l'accouchement. Varnier admet que les variations de la grossesse arrivée à terme aient de 263 à 317 jours.

En général, on compte 9 mois solaires plus cinq ou dix jours suivant les auteurs, soit 275 jours à 280 jours. Le chiffre de 280 jours admis par les auteurs allemands nous paraît, au point de vue qui

nous intéresse, un peu élevé, de même que le chiffre de 262 jours, ou neuf mois lunaires plus dix jours, admis en Extrême-Orient, nous paraît trop faible.

Nous sommes obligés, pour la commodité de notre travail, de prendre le terme fixe de 270 jours comme limite extrême de la grossesse. *Entre le 180^e et le 270^e jour après le dernier jour des dernières règles, tout accouchement qui se déclare est considéré comme prématuré.*

Nous ne parlons pas des autres sources de renseignements pour la détermination de l'âge de la grossesse ; ni la date du coït fécondant, quand il n'y a eu qu'un seul rapport, ni celle des premiers mouvements fœtaux perçus par la mère ne peuvent offrir quelque valeur réelle.

Quelques auteurs veulent faire une distinction entre l'accouchement prématuré proprement dit, celui qui doit survenir entre le 180^e et le 250^e jour, et l'accouchement précoce, celui qui survient dans la dernière quinzaine du 9^e mois, entre le 250^e et le 270^e jour (Jeannin et Dubrisay).

Cette distinction n'est pas dépourvue d'intérêt, parce que contrairement à l'opinion des auteurs allemands, l'accouchement précoce n'est pas un fait exceptionnel, nous aurons l'occasion de le prouver au cours de notre travail. D'autre part la viabilité du fœtus est d'autant plus certaine que sa naissance a lieu plus près du terme.

Après l'expulsion du fœtus. — Du nouveau-né prématuré. — Si, en se basant sur la date des dernières règles, on peut affirmer la prématuration du nouveau-né, il est souvent extrêmement difficile, en présence d'un nouveau-né, de dire qu'il s'agit de prématuration ou de débilité congénitale. Ces deux termes si souvent confondus viennent compliquer singulièrement la question.

En effet, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, on ne peut pas savoir si certains fœtus de poids nettement inférieurs à la moyenne sont « prématurés, débiles ou à la fois prématurés et débiles ».

Il est des nouveau-nés que tout doit faire considérer comme étant à terme et qui présentent des caractères d'insuffisance de développement et d'incapacité fonctionnelle plus ou moins marquée. Issus de mères malades, ils ont tous les attributs de la débilité congénitale. D'autres nés avant terme sont des prématurés simples. Ils se rapprochent d'autant plus du nouveau-né normal qu'ils sont nés plus près du terme. D'autres enfin sont des prématurés dont les organes sont insuffisamment développés et leurs fonctions imparfaites ; ce sont des enfants dont la prématuration est trop marquée ou qui sont affectés de quelque tare congénitale occulte.

Ces prématurés débiles ou en état de faiblesse congénitale présentent comme signes :

Un corps petit et grêle, une peau couverte de duvet, rouge, sèche, à peu près dépourvue de vernix caseosa,

laissant transparaître les vaisseaux sous-cutanés que n'entoure aucun tissu cellulo-grasieux. Cette peau éminemment vulnérable est sujette aux érythèmes, aux ulcérations profondes siégeant surtout aux fesses et aux talons. Les œdèmes dus à la faiblesse et la lenteur de la circulation sont fréquents. Le sclérème est à redouter qui est souvent fatal au débile. De même l'insuffisance de la circulation pulmonaire expose celui-ci aux accès de cyanose. Il respire mal, crie faiblement, remue peu et lentement ses membres. L'hypothermie est à peu près constante : une température rectale de 36°, de 35° est fréquente, elle peut tomber jusqu'à 28° et même 25°. On cite comme autres caractères : la petitesse de la tête mal ossifiée, la brièveté des cheveux, le développement insuffisant des ongles qui n'atteignent pas l'extrémité des doigts.

Des renseignements d'une valeur certaine peuvent être tirés du poids et de la taille des prématurés.

Le poids des prématurés oscille entre 1.000 et 3.000 grammes. A six mois de la vie intra-utérine, le fœtus pèse 1.000 grammes. On admet qu'il augmente en moyenne de 700 grammes par mois, ce qui lui donne à 7 mois 1.700 grammes, à 8 mois 2.400 grammes, à 8 mois $1\frac{1}{2}$ 2.700.

Ceci est d'ailleurs par trop schématique, le rapport entre le poids du fœtus et l'âge de la grossesse n'est pas toujours constant, d'autre part, il semble, d'après de nombreux auteurs, que le chiffre de 700 grammes de gain mensuel serait trop fort dans la pre-

mière moitié du dernier trimestre de la grossesse, et trop faible dans la deuxième moitié, notamment dans le courant du dernier mois où le fœtus peut gagner normalement 1.000 grammes. Le rapport entre le poids du fœtus et l'âge de la grossesse n'est pas constant, toute débilité congénitale à part.

En effet, toute tare congénitale connue ou occulte intervient pour fausser l'évaluation de l'âge du fœtus d'après son poids. D'un autre côté, nous savons qu'il existe de gros enfants dont le poids dépasse 4.000 grammes à la naissance, nous ne parlons pas bien entendu de grossesse prolongée. De tels enfants peuvent très bien arriver à huit mois et demi, à l'occasion d'un accident quelconque, avec un poids sensiblement égal, voire même supérieur à celui d'un enfant normal à terme, c'est-à-dire 3.000 à 3.500 grammes.

Tarnier dans une statistique donne 3.236 grammes pour les garçons et 3.117 grammes pour les filles comme poids moyen du fœtus à terme. Budin admet pour les garçons 3.500 grammes et 3.250 pour les filles.

D'autres auteurs considèrent déjà comme une bonne moyenne les chiffres de 3.250 et 3.000 gr. Les écarts sont grands en réalité, et Hecker dans sa statistique ne trouve que 44 % de fœtus à terme pesant entre 3.000 et 3.500 grammes, 25 % entre 2.500 et 3.000, 25 % entre 3.500 et 4.000 grammes, enfin 5 % environ entre 4.000 et 4.500 grammes.

Schickelé de Strasbourg a écrit : « Un enfant de

2.500 grammes peut, en rapport, être tout aussi développé qu'un autre de 4.500 grammes, et, ce qui semble plus curieux encore, ils peuvent naître tous les deux au terme normal de la grossesse, par exemple le 280^e jour. De même un enfant de 2.500 grammes peut naître le 300^e jour avec tous les signes d'un développement normal. »

Le poids du fœtus ne peut donc être pris qu'à titre indicatif. Il en est de même de la taille. Le chiffre de 50 centimètres ne correspond pas toujours à la longueur du nouveau-né à terme. Des enfants à terme peuvent mesurer 2 centimètres de plus ou de moins que cette moyenne. Quelques auteurs admettent comme chiffres extrêmes : 45 et 55 centimètres.

On attache parfois une importance considérable au point d'ossification de l'épiphyse inférieure du fémur, au point de Béclard. Son apparition est cependant incertaine. Il peut manquer chez des enfants bien à terme et exister chez d'autres qui présentent des signes d'un développement par trop insuffisant, comme c'est le cas par exemple de certains jumeaux (Cathala).

« Schwegel dit que le point épiphysaire inférieur du fémur, n'apparaît qu'entre la naissance et la troisième année. Pleissner l'a vainement cherché sur des fœtus à terme. D'après Hartmann, ce point peut manquer chez le fœtus à terme (12 pour 100), ou bien exister dès le huitième mois (7 pour 100), ou seulement au neuvième mois (22 pour 100) de la vie

intra-utérine » (Poirier). D'ailleurs, c'est un signe plus théorique que pratique, d'autant plus que les prématurés ont une résistance physique amoindrie et que leur seule chance de salut étant souvent la chambre chaude, il semble téméraire de recommander à tous les prématurés le transport à l'installation radiographique dans un but purement didactique.

En somme, il n'existe pas de signe bien déterminé du fœtus arrivé au terme de son développement. Du point de vue qui nous occupe, c'est en nous basant sur tout l'ensemble des signes qu'il présente que nous déterminons l'âge du nouveau-né. Toutefois nous attachons une grande importance, faute de mieux, à la date des dernières règles et au poids du fœtus.

Ainsi dans notre étude, les 455 prématurés que nous relevons sont nés entre le 180^e et le 270^e jour et pèsent de 750 à 3.000 grammes.

IV

DE LA FRÉQUENCE DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

La fréquence de l'accouchement avant terme est assez grande. Nous avons parlé plus haut de la difficulté dans laquelle on se trouve de distinguer la prématuration de la débilité congénitale. M. Brindeau, donnant au point de Béclard une grande valeur d'après les recherches radiologiques de Jardin, estime « qu'il serait possible d'établir des statistiques reposant sur une base solide ». Pinard, en se basant uniquement sur le poids des enfants, trouve sur 188.204 enfants, 72.626 pesant moins de trois kilogrammes et 29.071 pesant moins de 2.500 gr.

Demelin et Devraigne estiment qu'il y aurait un accouchement prématuré sur trois accouchements à terme. En nous basant sur la date des dernières époques et le poids des enfants, nous avons trouvé pendant l'année 1929 à la Maternité de Lariboisière les chiffres suivants :

	Accouchements prématurés	Accouchements à terme
Janvier.....	40	129
Février.....	60	115
Mars.....	39	135

	Accouchements prématurés	Accouchements à terme
Avril.....	44	127
Mai.....	37	102
Juin.....	38	128
Juillet.....	24	120
Août.....	39	123
Septembre.....	32	133
Octobre.....	39	114
Novembre.....	32	93
Décembre.....	40	97
Total.....	455	1.416

Sur un nombre total de 1.871 accouchements, nous trouvons que les accouchements prématurés correspondent à 24,3 pour cent, ce qui justifie pleinement les présomptions de Demelin et Devraigne.

Quant à l'époque à laquelle l'interruption de la grossesse se produit le plus fréquemment, M. Brindeau donne la statistique suivante due à Stumpf et portant sur 100 cas d'accouchements prématurés :

7 ^e mois.....	3,3 %
8 ^e mois.....	11,1 %
9 ^e mois.....	13,6 %

D'après cette statistique, la fréquence de l'accouchement prématuré serait plus grande que nous ne l'avons trouvée puisque le total nous donne 28 %, alors que nous n'avons trouvé, sur un nombre d'accouchements sensiblement plus grand que 24,3 %. Voici les chiffres que nous avons obtenus :

1929	Accouche- ments prématurés	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois	2 ^e quinzaine du 9 ^e mois
Janvier....	40	6	13	21	dont 13 près du terme
Février....	60	9	19	32	— 19 —
Mars.....	39	6	9	24	— 14 —
Avril.....	44	2	15	27	— 16 —
Mai.....	37	4	7	26	— 17 —
Juin.....	38	4	7	27	— 16 —
Juillet....	24	2	5	17	— 13 —
Août.....	30	8	6	16	— 9 —
Septembre.	32	4	8	20	— 13 —
Octobre...	39	5	19	24	— 10 —
Novembre.	32	4	15	13	— 9 —
Décembre.	40	7	11	22	— 13 —

soit sur un total de 1.871 accouchements, 455 accouchements prématurés dont 61 dans le 7^e mois de la grossesse, 125 dans le 8^e mois, 269 dans le 9^e mois, 162 de ces derniers sont survenus dans la 2^e quinzaine du 9^e mois, entre le 250^e et le 270^e jour de la grossesse, soit 8,6 % des accouchements. Ces accouchements qu'on appelle à juste raison précoces pour les distinguer des accouchements prématurés proprement dits ne sont donc pas si rares. D'autre part, ils donnent naissance à des enfants dont le poids varie entre 2.500 et 3.000 grammes, qui diffèrent peu du nouveau-né normal à terme. Ces enfants presque à terme présentent toujours un développement suffisant quand ils n'ont aucune tare ; ils présentent donc un grand intérêt, étant bel et bien viables, tandis que les autres prématurés ayant un poids trop faible et un développement

insuffisant sont souvent des débiles dont la viabilité quoique légalement admise est purement problématique.

Nos chiffres diffèrent donc quelque peu de ceux fournis par Stumpf, nous trouvons :

7 ^e mois	3,3 %
8 ^e mois.....	6,6 %
9 ^e mois	14,3 %

soit sensiblement plus faible pour le huitième mois, légèrement plus élevé pour le neuvième mois.

Dans la même statistique Stumpf trouve que l'accouchement prématuré est plus fréquent chez les multipares et chez les femmes de plus de trente ans.

Nous avons trouvé pour notre part une proportion sensiblement égale de primipares et des multipares et parmi ces dernières les secondipares sont les plus nombreuses.

Nous ne voulons en tirer aucune conclusion, mais il nous semble bien que la multiparité ne doit pas intervenir pour expliquer l'interruption de la gestation. Bien au contraire, nous pensons avec Tarnier et Chantreuil que le trop jeune âge des mères peut dans une certaine mesure être cause d'accouchement avant terme. D'autre part, nous pouvons penser *a priori* que, des causes d'ordre général et social, tel que nous le verrons, étant les plus nombreuses, la parité ne joue aucun rôle ; si celui-ci existait, il expliquerait tout au plus que les

accouchements prématurés surviennent plus volontiers chez des primigestes qui dès leur première grossesse se trouvent d'emblée dans des conditions énoncées plus haut.

TABLEAU SYNOPTIQUE

DE LA FRÉQUENCE DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ
A LA MATERNITÉ DE LARIBOISIÈRE EN 1929.

Avortements	126
Accouchements prématurés.....	455
7 ^e mois.....	61
8 ^e mois.....	125
9 ^e mois.....	269
dont 162 dans la dernière quinzaine	
Accouchements à terme	<u>1.416</u>
Total des femmes admises dans le service.....	1.997

V

DES CAUSES DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

1^o Distinction étiologique entre les causes d'avortement et d'accouchement prématuré.

On prête à l'accouchement prématuré les mêmes causes qu'à l'avortement. Il semble cependant que certaines causes agissent principalement dans les premiers mois de la gestation, alors que d'autres se font sentir électivement au cours des trois derniers mois.

En effet, l'endométrite déciduale par exemple qui est selon la statistique de Didier la plus grande cause de l'avortement, se retrouve rarement dans l'étiologie de l'accouchement prématuré. Nous expliquons ce fait par ceci que l'endométrite a épuisé tous les cas de grossesse qui en sont affectés dès les premiers mois, et que seuls quelques rares cas qui y échappent peuvent arriver à un terme plus avancé de la gestation.

Il ne faut cependant pas être absolu à cet égard, car par un traitement bien mené, on peut obtenir tout de même une prolongation de la grossesse. Si la grossesse continue, la femme n'en reste pas

moins sous la menace d'un accouchement prématuré.

Les causes essentielles de ces accouchements prématurés sont : la rupture prématurée des membranes et le placenta bas. Du reste dans ces cas, il convient de noter à l'avance la gravité possible de ces accouchements prématurés dans un utérus subinfecté qui est plus que tout autre susceptible de subir les phénomènes infectieux du post-partum plus ou moins graves.

De même la grossesse gémellaire qui constitue une cause importante d'accouchement prématuré n'a donné lieu à aucun cas d'avortement dans cette même statistique de Didier. Dans cette éventualité où l'utérus se laisse forcer en quelque sorte par son contenu qui s'est développé plus considérablement qu'il ne convient, il faut tout de même arriver à un âge de la gestation assez avancé pour que cette distension soit suffisamment marquée pour déclencher le mécanisme du travail.

D'ailleurs d'autres facteurs interviennent dans l'interruption prématurée des grossesses gémellaires ; à ce sujet, la thèse de Bachimont sur la puériculture intra-utérine (Paris 1900) est riche en enseignements, nous y reviendrons plus loin.

Tous les travaux qui ont été faits jusqu'à ce jour sur l'étiologie de l'avortement englobent aussi bien ce dernier que l'accouchement prématuré. Nous avons au contraire dans notre travail voulu distinguer l'étiologie propre de l'accouchement prématuré.

Il est évident que dans l'ensemble les causes sont les mêmes, sauf cependant que certaines anomalies compatibles avec une distension de l'utérus à terme ne peuvent être à l'origine d'accouchement prématuré.

2^o Quelles sont les causes d'accouchement prématuré que nous relevons à la Maternité de Lariboisière ?

Ce sont, par ordre de fréquence :

A. *La syphilis*. — C'est la plus grande cause d'accouchement prématuré. Sur nos 455 cas d'accouchements avant terme, 274 sur 353 cas de causes connues, relèvent de la syphilis. Dans 71 cas, le fœtus a succombé *in utero*.

Parmi ces 71 mort-nés, nous relevons :

- 41 morts et macérés ;
- 2 hydrocéphales ;
- 3 présentant des malformations multiples : gueule de loup, mains botes, déformations des quatre membres ;
- 4 présentant de l'ascite ;
- 3 chez des femmes ayant présenté de l'hydramnios ;
- 1 grossesse trigemellaire univitelline ;
- 2 insertions velamenteuses du cordon ;
- 15 avec disproportion fœto-placentaire marquée et placenta « chair à saucisse ».

La réaction de Wassermann s'est montrée positive dans la majorité des cas.

Nous n'avons relevé d'autre part chez les enfants nés vivants, que 12 cas où la syphilis congénitale soit apparue avec des signes cliniques nets : un cas de coryza apparaissant dès la naissance chez un enfant né à 8 mois et pesant 2.340 grammes avec un placenta de 480 grammes.

7 enfants présentant de l'ascite congénitale ;

4 présentant du pemphigus palmaire et plantaire ;

61 autres enfants présentent une débilité marquée, beaucoup n'ont pas vécu longtemps. Leur poids ne correspond pas à l'âge de la grossesse présumée d'après la date des dernières règles, souvent avec un placenta ayant l'aspect chair à saucisse et une disproportion fœto-placentaire toujours très marquée, par exemple huit mois avec un poids de 1.980 gr. et un placenta de 450 grammes, ou huit mois et demi avec un poids de 2.250 et un placenta de 640 grammes. Dans la plupart de ces cas la réaction de Wassermann s'est montrée positive.

D'autres enfants présentent de véritables malformations :

6 becs de lièvre ;

2 anencéphales ;

1 énorme hernie ombilicale avec éviscération du foie, d'une partie du gros intestin et de quelques anses grêles ;

5 autres enfants présentent une hypertrophie du foie avec grosse rate.

Dans 105 autres cas, les enfants sont vivants et

sains d'apparencé. Nous n'y avons trouvé qu'une disproportion fœto-placentaire. La réaction Wassermann pratiquée chez les mères n'a pas donné les résultats que nous en attendions. Elle ne s'est montrée positive que dans un tiers des cas environ.

Enfin nous avons trouvé plusieurs cas d'accouchement prématuré (11 cas) chez des syphilitiques avérées, en cours de traitement. Il s'agit le plus souvent de syphilis encore récentes et tardivement traitées, ou encore de femmes insuffisamment traitées en ville.

B. *Albuminurie.* — Nous avons relevé 27 cas d'albuminurie gravidique ayant provoqué l'accouchement prématuré. Il y a eu 9 mort-nés. Nous avons trouvé parmi ces neuf cas, quelques-uns de ces placentas « truffés » si bien décrits par le professeur Pinard. Les 18 autres enfants nés de mères albuminuriques sont pour la plupart très débiles.

Nous rattachons à ce groupe, trois cas d'accouchement prématuré dus aux hémorragies rétro-placentaires.

Enfin, il faut y ajouter 7 cas d'éclampsie ayant provoqué l'interruption de la grossesse. Quatre femmes éclamptiques qui n'ont jamais été suivies au cours de leur grossesse, nous sont amenées en pleine crise ; trois étaient dans le coma, l'une d'elles décédait quelques instants après son admission sans avoir accouché. Les trois autres enfants sont expulsés morts, un était en même temps macéré. Enfin,

trois femmes ayant présenté antérieurement des crises d'éclampsie, hospitalisées dans le service, n'ont plus eu de crise et ont accouché prématurément d'enfants vivants, mais plutôt débiles.

C. *Grossesse gémellaire*. — Avec la grossesse tri-gémellaire univitelline que nous avons mentionnée au chapitre Syphilis, le nombre de grossesses gémellaires que nous avons relevé est de 13. Nous avons en effet trouvé 12 grossesses gémellaires, 6 bivitellines et 6 univitellines. Cinq sont arrivées au terme de huit mois et demi, parmi lesquelles une seule est univitelline. Trois au terme de huit mois dont deux univitellines. Une bivitelline au terme de sept mois et demi. Sur les trois grossesses univitellines restantes, deux sont interrompues à sept mois et la troisième à six mois et demi. Deux de ces dernières sont en plus compliquées d'hydramnios aigu.

D. *Pyélonéphrite*. — Nous en avons relevé 6 cas. Deux cas sur lesquels nous avons eu des renseignements assez précis :

Un cas ayant provoqué l'accouchement prématuré à huit mois et demi. La femme souffre des reins et présente du pus dans ses urines depuis le sixième mois de sa gestation. Elle a été mise au régime.

Un autre cas ayant provoqué l'accouchement à huit mois. La maladie a duré un mois. En outre la

femme a eu des vomissements graves pendant le deuxième et le troisième mois de sa gestation.

Trois cas ont provoqué l'interruption de la grossesse à 7 mois et demi. Un des enfants présente de l'ascite.

Un autre cas de grossesse compliquée de pyélonéphrite est interrompu à six mois et demi.

E. Maladies infectieuses aiguës. — Cinq cas de maladies infectieuses aiguës ont été relevés. Trois de ces cas sont imputables à la grippe : deux cas de grippe et un cas de bronchopneumonie grippale. Un cas est dû à la scarlatine. Le cinquième cas a été relevé chez une femme présentant une bronchite avec angine et 38°5 de température à son admission.

F. Malformations pelviennes. — Sur nos 455 cas d'accouchement prématuré, 7 cas sont survenus chez des femmes présentant une malformation pelvienne. Six ont des bassins rétrécis et la septième présente une luxation congénitale. L'accouchement prématuré est-il dans ces cas un simple accident, ou bien dans le bassin généralement rétréci y a-t-il souvent coïncidence d'utérus infantile, comme l'ont dit Maygrier et Schwaab ? Nous ne faisons que les signaler.

G. Tuberculose. — Quatre cas d'accouchement prématuré ont été notés, imputables à la tuberculose. Trois cas sont survenus chez des tuberculeuses

pulmonaires hospitalisées, en cours de traitement. Un seul cas chez une femme ancienne pleurétique et dans les antécédents de laquelle nous trouvons 14 collatéraux morts de tuberculose pulmonaire.

H. *Cardiaques*. — Nous avons relevé trois cas d'accouchement prématuré chez des cardiaques.

Une de ces femmes présentant un rétrécissement mitral d'origine rhumatismal, a eu la veille de l'accouchement un accident gravido-cardiaque léger.

Une autre présente une insuffisance aortique, avec albuminurie et dyspnée.

La troisième a une maladie mitrale en décompensation. Les trois accouchements prématurés sont survenus au terme de huit mois et demi.

I. *Fibrome*. — Aux fibromes sont imputables deux cas d'accouchement prématuré. Il s'agit dans les deux cas de primigestes âgées.

Une primigeste de 38 ans accouche prématurément à 8 mois $1/2$, elle présente à la face latérale gauche de l'utérus un fibrome du volume d'une orange et un autre plus petit à la face antérieure. L'enfant pesant 2.400 grammes présente un pied bot.

La deuxième femme est une primigeste de 36 ans, elle accouche prématurément à 7 mois $1/2$. Elle présente en plus d'un fibrome volumineux une luxation congénitale bilatérale de la hanche.

J. *Placenta bas*. — Deux cas relevés, dont une III-geste de 33 ans, qui accoucha prématurément à

huit mois. Insertion marginale du cordon. Hémorragies répétées depuis le 6^e mois de la gestation.

K. *Vomissements*. — Les vomissements produisant l'interruption de la gestation se rencontre généralement au début de la grossesse. Néanmoins nous avons trouvé un cas d'accouchement prématuré de huit mois chez une femme ayant présenté pendant toute la grossesse des vomissements répétés.

TABEAU RÉCAPITULATIF
DES CAUSES D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ
QUE NOUS AVONS RÉUNIES.

Syphilis.....	274
Albuminurie.....	27
Eclampsie.....	7
Hémorragies retroplacentaires.....	3
Grossesse gémellaire.....	12
Pyélonéphrite.....	6
Maladies infectieuses aiguës.....	5
Malformations pelviennes.....	7
Tuberculose.....	4
Cardiaques.....	3
Fibrome.....	2
Placenta bas.....	2
Vomissements.....	1
Jeunesse de la mère.....	21
Causes non déterminées.....	81

3^e Quelles déductions peut-on tirer de ce qui précède ?

Nous nous efforcerons de tirer des enseignements profitables de l'élaboration de ce travail. Il convient d'abord de nous rendre compte dans quelle mesure on peut répartir ces différents accouchements prématurés dans un ordre tel que nous puissions en tirer une déduction pratique et thérapeutique.

Il y a beaucoup d'accouchements prématurés, il y en aura toujours en plus ou moins grand nombre. Mais encore, sans doute y a-t-il un effort à faire pour obtenir le résultat suivant que le produit de conception soit le plus viable possible et que la mortalité soit le plus faible. Par contre nous avons relevé beaucoup moins d'avortement qu'il y a 25 ans dans le même service où M. le Dr Devraigne était à l'époque l'interne de Bonnaire. Sans doute cette régression est-elle due à la lutte à outrance qu'on mène ces dernières années contre la syphilis.

C'est pourquoi, après avoir envisagé les différents cas de nosologie théorique qui ont cours généralement dans les traités, nous verrons si nous ne pourrions pas opposer une répartition qui peut nous guider dans la lutte contre la prématuration, incompatible avec la vie de l'enfant.

4^o Les différentes conceptions d'ordre théorique.

Nous avons dit plus haut que les différents travaux qui ont été faits jusqu'à ce jour sur l'étiologie de l'avortement englobent aussi bien ce dernier que l'accouchement prématuré.

A. — Pajot, dans son cours, a donné la classification suivante des causes d'interruption de la gestation :

I. causes prédisposantes	1 ^o tenant au père	{ âge état de santé
		{ âge tempérament race
	2 ^o tenant à la mère	{ professions { travail pénible plomb mercure phosphore
		{ causes hygiéniques. { circumfusa applicata ingesta gesta genitalia
		{ causes morbi- { locales des. { générales
	3 ^o tenant à l'œuf	{ fœtus membranes placenta cordon amnios

- II. Causes accidentelles : traumatismes.
- III. Causes spéciales : avortement criminel ; avortement thérapeutique.
- IV. Causes efficientes : contractions utérines ; décollement de l'œut, rupture de l'utérus.

Comme on le voit, la première catégorie de ces causes, sont les plus importantes. Disons seulement qu'en adoptant une telle classification, restée longtemps classique, nous tomberons certainement sur des redites inutiles, d'autant plus que certaines causes signalées dans les derniers groupes peuvent souvent rentrer dans le premier groupe des causes dites prédisposantes.

B. — Division de Vignes et Barbaro.

Aussi, trouvons-nous que la classification suivante, qu'ont publiée Vignes et Barbaro dans une revue très documentée, nous semble plus pratique, en même temps que plus méthodique, quoique là encore bien des causes rentrent dans plusieurs groupes à la fois.

Vignes et Barbaro distinguent cinq grands groupes de causes d'interruption de la grossesse :

- 1^o Causes mécaniques ;
- 2^o Maladie de la nidation ;
- 3^o Maladie du produit de conception ;
- 4^o Maladie des membranes fœtales ;
- 5^o Défectuosité du germe.

I. — CAUSES MÉCANIQUES.

L'interruption de la grossesse résulte de la disproportion entre l'utérus et son contenu ou du déclenchement prématuré de la contractibilité utérine.

A. — Le contenant est trop petit pour le contenu :

1^o Atrésie utérine congénitale :

- a) Utérus unicorne.
- b) Utérus doublé et utérus bicorne.
- c) Certains utérus atrésiques coïncidant avec une malformation pelvienne telle que bassin généralement rétréci.

2^o Déviations ou déplacements de l'utérus gravide ;

3^o Rétrécissements cicatriciels ;

4^o Fibromes.

B. — Le contenu est trop grand pour le contenant. Grossesse gémellaire et Hydramnios.

C. — Déclenchement de la contractibilité utérine par les causes extérieures.

- | | | | | |
|-----------------------------|---|-------------|---|--------------------------------|
| 1 ^o Traumatismes | { | Accidentels | { | Portant sur la zone génitale. |
| | { | Opératoires | | En dehors de la zone génitale. |
| | | | | |

2° Maladies générales, où la température élevée est fatale au fœtus ou provoque l'expulsion prématuré d'un enfant toujours débile : pneumonie, grippe, fièvres éruptives.

3° Action toxique du gaz carbonique.

II. — MALADIES DE LA NIDATION.

A. — L'œuf se greffe sur une zone défavorable à son développement.

1° Insertion basse du placenta ; grossesse angulaire ;

2° Insertion sur une zone malade ; fibrome sous-muqueux ; ou sur le siège d'un curetage traumatisant antérieur.

B. — Endométrite déciduale.

1° Endométrite infectieuse :

a) Infection venant du col (gonocoque).

b) Infection venant par voie sanguine : maladies infectieuses aiguës, syphilis.

2° Fausses endométrites :

a) D'origine endocrinienne (corps jaune, dysfonctionnement ovarien, insuffisances thyroïdienne et hypophysaire).

b) Par troubles circulatoires (congestion du petit bassin, excès de coït).

c) Par choc anaphylactique (injection de sérum, choc arsénobenzolique).

III. — MALADIES DU PRODUIT DE CONCEPTION.

A. — Infections aiguës.

B. — Infections chroniques :

- 1^o Syphilis ;
- 2^o Tuberculose ;
- 3^o Paludisme.

C. — Infections maternelles méconnues, probablement dues au coli-bacille, au streptocoque et au staphylocoque.

D. — Intoxications exogènes.

- 1^o Saturnisme ;
- 2^o Hydrargyrisme ;
- 3^o Alcoolisme ;
- 4^o Phosphore ;
- 5^o Sulfure de carbone ;
- 6^o Tabagisme.

E. — Intoxications autogènes :

- 1^o Albuminurie ;
- 2^o Néphrites gravidiques ;
- 3^o Vomissements graves ;
- 4^o Diabète.

F. — Causes diverses :

- 1^o Hyperthermie ;
- 2^o Rayons X ;
- 3^o Troubles de la nutrition de la mère (perte de calcium) ;
- 4^o Monstruosités fœtales.

IV. — MALADIES DES MEMBRANES.

A. — Tumeurs bénignes : myxomes, fibromes, angiomes.

B. — Môle hydatiforme.

C. — Lésions vasculaires : artérites, phlébites le plus souvent d'origine syphilitique.

D. — Infarctus placentaires liés à l'intoxication gravidique.

E. — Rupture prématurée spontanée des membranes déterminée par des causes les plus diverses :

1^o Contraction exagérée de l'utérus réveillée par les émotions, les fatigues, les cahots, les coups sur l'abdomen, le traumatisme conjugal ;

2^o Friabilité des membranes par :

endométrite ;

syphilis ;

placenta marginé ;

insertion vélamenteuse du cordon ;

adhérences exagérées du pôle inférieur de l'œuf à l'utérus ;

3^o Excès de pression dans l'œuf (hydramnios, grossesse gémellaire) ou mauvaise répartition de cette pression (placenta praevia).

V. — DÉFECTUOSITÉ DU GERME.

Vieillesse ou trop grande jeunesse d'un des procréateurs, surmenage génital, état de santé défectueux d'un des procréateurs.

5^o **Au point de vue pratique, comment peut-on répartir les accouchements prématurés ?**

Nous ne nous encomberrons pas des discussions théoriques. L'essentiel pour nous, c'est de voir s'il y a des accouchements prématurés qu'on peut éviter et sur lesquels nos moyens d'action peuvent être efficaces, autrement dit dont on peut diminuer dans une certaine mesure la fréquence.

Or de l'étude analytique des cas présentés plus haut, il nous semble bien qu'on puisse concevoir l'accouchement prématuré de la façon suivante, éminemment pratique :

A. — Premier groupe.

Les accouchements prématurés imprévisibles ou ceux inaccessibles à un traitement préventif et prophylactique.

B. — Deuxième groupe.

Les accouchements prématurés relevant d'un traitement préventif et prophylactique, et à propos desquels, en dehors d'une thérapeutique appropriée s'il y a lieu, la puériculture intra-utérine prénatale préconisée par M. le professeur Pinard donne des résultats des plus heureux.

A. — PREMIER GROUPE.

1^o *Les grossesses gémellaires.* — Un fait est certain, c'est que beaucoup de grossesses gémellaires sont

interrompues avant terme. Nous n'insistons pas sur la grossesse gémellaire pathologique, compliquée généralement d'hydramnios aigu, qui donne lieu le plus souvent à l'avortement dès les quatre premiers mois de la gestation.

Bachimont, dans sa thèse sur la *Puériculture intra-utérine* (Paris 1900) portant sur 18.700 accouchements recueillis à la clinique Baudelocque, donne les chiffres suivants :

Sur 225 femmes enceintes de grossesses gémellaires, 112 se sont reposées pendant les derniers mois ou les dernières semaines de leur gestation, 49 ne se sont pas reposées, 53 sur lesquelles on n'a pas pu recueillir de renseignements, 11 grossesses pathologiques.

a) Chez les femmes qui se sont reposées, il s'est écoulé entre le dernier jour des dernières règles et le jour de l'accouchement une moyenne de 269 jours.

b) Chez les femmes qui ne se sont pas reposées, on n'a obtenu qu'une moyenne de 247 jours.

c) Enfin chez celles qui n'ont pas pu fournir de renseignements précis, on a trouvé une moyenne de 250 jours.

Il résulte de ces faits que :

1^o Une femme enceinte de jumeaux, lorsqu'elle se repose, a plus de chance pour approcher du terme normal de la grossesse et ses enfants seront d'autant plus gros et auront plus de chance de vivre qu'elle se sera reposée plus longtemps.

2^o Une femme enceinte de jumeaux qui ne se

repose pas accouchera presque inévitablement avant terme et ses enfants seront d'autant plus petits et auront moins de chance de survivre que le travail de leur mère aura été plus pénible et se sera prolongé jusqu'à une époque plus proche de l'accouchement.

Quant à la grossesse gémellaire pathologique, il convient de faire une réserve pour la syphilis qui fait qu'un traitement ultérieur pourra donner une grossesse normale, et éviter un accouchement prématuré.

2° *Albuminurie*. — A l'albuminurie, nous rattachons l'éclampsie et les hémorragies rétro-placentaires qui peuvent aller jusqu'aux apoplexies utéro-placentaires si bien décrites par M. le Professeur Couvelaire.

Là encore une réserve est à faire au sujet des conditions de préservation sociale. L'éducation sociale est à faire à ce sujet, il faut apprendre aux femmes à se faire suivre régulièrement dans les services de Maternité, ce qui permettra de dépister l'albuminurie ; il faut leur apprendre à craindre le froid et à suivre strictement le régime qu'on leur prescrit.

3° *Pyélonéphrite*. — Le même rôle de l'éducation sociale est à envisager ici. C'est également par le régime, mais surtout par la lutte contre la constipation, accessoirement par la désinfection de l'intestin et des voies urinaires qu'on prévient et combat la colibacillose qui est à n'en plus douter la cause de pyélonéphrite gravidique.

4^o *Cardiaques*. — Certes le vieil adage de Peter : « Fille pas de mariage, femme pas d'enfant, mère pas d'allaitement » est trop absolu. Mais encore convient-il, chez une femme enceinte ayant une lésion cardiaque même congénitale et bien compensée jusque-là, de faire quelque réserve et de lui imposer le repos aussi prolongé et aussi précoce que possible pendant toute cette période de gestation où son organisme subit un grand surcroît d'activité. Même rôle très important de l'éducation sociale.

5^o *Fibromes*. — M. le professeur Pinard trouve l'interruption de la gestation dans 21 % des cas de grossesses compliquées de fibromes. Elle serait due surtout à l'endométrite concomitante, l'insertion basse du placenta, le défaut d'extensibilité du muscle utérin, l'existence d'un polype s'engageant dans le col et excitant par ce fait la contraction de l'utérus.

Ici deux cas sont à envisager : ou bien l'utérus fibromateux est incompatible avec une grossesse, ou bien c'est un utérus qui est compatible avec une gestation, alors la préservation sociale intervient d'une part pour faire reposer la malade, et lui faire éviter les complications obstétricales possibles, d'autre part pour lui faire profiter, s'il y a lieu, d'une intervention chirurgicale (myomectomie) qui peut rendre l'accouchement plus près du terme possible (Travaux de Labey, Communication de Devraigne à la Société des chirurgiens de Paris).

6^o *Vomissements*. — Fréquents dans les premiers

mois de la gestation, ils ne se retrouvent qu'exceptionnellement au cours du dernier trimestre. L'élément psychique est certainement important, et c'est une thérapeutique toute spéciale qu'il convient d'instituer, à moins qu'il n'y ait une lésion de l'estomac (ulcère).

7° *Maladies infectieuses aiguës.* — Dans ces cas, nous l'avons dit, ce sont les fièvres élevées qui ont sur le fœtus une influence néfaste. Sur le déclenchement du mécanisme du travail, il semble bien cependant qu'une grande part doit être réservée à l'intoxication due à la maladie elle-même.

C'est donc en combattant la maladie elle-même qu'on peut espérer dans une certaine mesure l'évolution favorable de la grossesse.

8° *Malformations pelviennes.* — Nous avons relevé sept cas d'accouchement prématuré chez des femmes présentant une malformation pelvienne. D'après Maygrier et Schwaab l'utérus infantile coïncide souvent avec un bassin généralement rétréci. D'autre part M. Metzger dit que dans les « mauvais bassins », l'examen est pénible, les parties molles sont résistantes parce qu'atrésiques, manquant d'ampleur, et cela plus spécialement dans le bassin généralement rétréci.

Dès lors, il nous est permis de penser que l'utérus doit être quelque peu atrésique comme le sont les parties molles, et rapporter ici nos cas d'accouchement prématuré spontané survenus chez des femmes ayant un bassin généralement rétréci.

L'accouchement prématuré peut être certainement considéré ici comme une éventualité tout à fait heureuse puisqu'on le provoque encore, dans ces cas, dans certains pays étrangers et dans quelques facultés françaises.

9° *Placenta bas*. — Dans l'insertion sur le segment inférieur où le placenta s'est fixé « où il pouvait » en dehors de la grossesse gémellaire, il y a généralement endométrite concomitante qui est pour une grande part dans l'étiologie de l'interruption de la gestation.

* * *

Si l'on considère l'ensemble de ces causes d'accouchement prématuré relevant du premier groupe que nous avons défini, nous pouvons en tirer les conclusions suivantes : les accouchements prématurés imprévisibles ou peu évitables sont dans l'ensemble peu nombreux. Sur un total de 455 cas, nous ne trouvons que 75 cas relevant de ce groupe, ce qui équivaut à une proportion de 16,2 %.

Si l'on y regarde même de plus près, on constate encore que dans cet ensemble il est un certain nombre d'accouchements prématurés dont les causes constituent un véritable avertissement pour les accouchements ultérieurs à venir, nous voulons parler en particulier des accouchements prématurés par albuminurie, éclampsie, vomissements, grossesse gémellaire pathologique, dans lesquelles il faut faire entrer dans une mesure considérable le rôle

de la syphilis ; chez de telles femmes où l'attention a été attirée vers la possibilité d'une syphilis, nous pouvons considérer qu'un traitement social prophylactique peut encore diminuer la proportion de prématurité et assurer à l'enfant une viabilité aussi certaine que possible.

Loin de nous du reste l'idée que dans tous les cas réunis dans ce premier groupe, il faille s'attendre d'une façon constante à un accouchement prématuré. Au contraire une surveillance attentive et prolongée des malades pourra dans une large mesure diminuer les chances de prématurité et préserver l'enfant.

Il est vrai que dans les infections graves l'accouchement prématuré semble être une manière de soupape de sûreté, il se déclenche lorsque l'infection devient sérieusement grave et de ce fait découlent deux conclusions possibles :

1^o que dans les infections graves intercurrentes à la gestation il n'est généralement pas besoin de provoquer l'accouchement prématuré dans un but thérapeutique, lorsque cela paraît nécessaire. L'organisme semble faire sa défense lui-même en expulsant spontanément le produit fœtal, témoins les accouchements prématurés au cours de grippe grave ou de colibacillose grave. Ces faits ne font du reste que confirmer à cet égard l'opinion émise par M. le Professeur Couvelaire dans sa leçon inaugurale de 1929.

2^o l'accouchement prématuré amène parfois une sédation du processus pathologique et dans la ma-

porité des cas entraîne moins de désordre organique que ne le feraient les manœuvres destinées à provoquer artificiellement un accouchement prématuré, dit thérapeutique.

D'autre part il est évident que dans un certain nombre de cas un traitement bien mené, médical ou chirurgical selon le cas, pourra éviter une prématurité trop active, ou du moins pourra souvent assurer au fœtus une vie intra-utérine assez longue pour lui donner une résistance physique suffisante. Néanmoins il ne reste pas moins vrai que dans l'ensemble, les accouchements prématurés survenus à la suite de lésions énumérées plus haut constituent l'éventualité la plus fâcheuse parce que ce sont les moins accessibles au traitement tant curatif que prophylactique.

Dans le plus grand nombre de cas heureusement il en va tout autrement.

B. — DEUXIÈME GROUPE.

1^o *La tuberculose.* — Nous n'avons relevé que quatre cas de tuberculose chez nos 455 femmes qui accouchent prématurément. Ceci s'explique par ce fait qu'actuellement à l'Hôpital Lariboisière, il n'y a pas encore un service spécial annexé à la Maternité pour tuberculeuses. Aussi ces femmes sont-elles envoyées à Baudelocque. Notre proportion de quatre tuberculeuses est donc du même coup faussée.

La tuberculose subit de la part de la grossesse une influence très fâcheuse, par contre on admet qu'elle ne détermine l'accouchement avant terme que quand les lésions pulmonaires sont avancées. Il résulte cependant des faits observés au Pavillon Tarnier de la Clinique Baudelocque par M. le Professeur Gouvelaire et son assistant le Dr Lacomme et portant sur 1.000 femmes tuberculeuses accouchées depuis 1921 que 51 % des enfants issus de tuberculeuses pèsent moins de 3.000 grammes et sont pour la plupart des prématurés. Le chiffre généralement admis est de 40 %.

2° *Le Paludisme*. — Le paludisme interrompt fréquemment la gestation : 50 % des cas d'après Le Gall ; 83 % d'après Pasquali. On a pu constater la présence du plasmodium dans l'organisme fœtal. Nous n'avons pu trouver qu'un seul cas d'accouchement prématuré qui pourrait être dû au paludisme du père.

3° *La Syphilis*. — Il est incontestable que la syphilis est la plus grande cause d'interruption de la gestation, cause d'ordre pathologique, mais à la fois et surtout d'ordre social. Récente, la syphilis est la « grande avorteuse » (Fournier). Mais il semble bien que ses effets nocifs s'atténuent avec le temps. Et, comme le remarque très justement M. Lemeland, l'action de la syphilis se manifeste alors surtout par des accouchements prématurés plutôt que par des avortements. En effet, dans la statistique de Didier portant sur 1.000 cas d'avortements observés par lui et dont 229 cas ont été élucidés au

point de vue étiologique, on ne remarque que 37 cas dus à la syphilis. Alors que sur nos 455 cas d'accouchement prématuré, 274 sur 353 cas de causes connues relèvent nettement de la syphilis. Et nous n'y rapportons pas les cas d'interruption de la grossesse signalés dans le premier groupe, et où la syphilis pourrait être soupçonnée. Nous avons dit que récente la syphilis donne lieu à l'avortement, et que le temps atténuant ses effets nocifs, on peut voir des femmes syphilitiques non traitées ou insuffisamment traitées, après des avortements successifs, concevoir une nouvelle grossesse qui peut évoluer jusqu'à un terme plus avancé.

D'autre part, selon une statistique qu'a établie M. le Dr Devraigne, 21% des femmes qui accouchent à la Maternité de Lariboisière n'ont pas consulté pendant leur grossesse. Cela provient de la négligence ou de l'ignorance de beaucoup de femmes dont l'éducation sociale reste à faire à ce point de vue. D'ailleurs sur ces 21 %, 44 % sont des étrangères ; Paris est véritablement l'hôpital du monde et c'est pourquoi quelle que soit la lutte qu'on pourrait mener contre la syphilis nous en constaterons toujours un certain nombre de cas dans les maternités.

Telle est la théorie restée classique. Mais elle est très discutée, et il ne faut pas trop compter sur l'influence du temps pour voir s'atténuer la malignité de la syphilis. Le traitement doit donc être institué systématiquement dans les cas de syphilis,

même très anciennes, si elles n'ont pas été traitées ou l'ont été insuffisamment.

Depuis 1923, un service de syphiligraphie est annexé à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière. Il est dirigé par M. le Dr Sauphar. Pendant une période de deux ans, allant de décembre 1927 à décembre 1929, Blasart a pu recueillir 166 observations de femmes traitées avant l'accouchement :

24 femmes ont été traitées avant et pendant la grossesse ;

142 femmes ont été traitées seulement pendant la gestation.

(La majorité ayant été traitée pendant la deuxième moitié de la grossesse).

Sur ces 166 femmes :

154 étaient des multipares ayant eu au moins une grossesse antérieure ;

12 seulement ont été traitées au cours de leur première grossesse.

On a obtenu les résultats suivants :

1^o Femmes traitées avant la grossesse : 24.

a) Bons résultats : enfants bien portants ne présentant aucun stigmate d'hérédo-syphilis : 23.

b) Résultats favorables : accouchements prématurés de 8 mois enfant pesant 2.200 grammes avec disproportion fœto-placentaire marquée : 1.

Mais ici la femme traitée non enceinte, n'a pas continué à se faire traiter, et n'est revenue au traitement qu'au 4^e mois de sa gestation.

2^o Femmes traitées au cours de la grossesse : 142.

- a) 65 femmes traitées tardivement (du 3^e au 6^e mois)
 - Bons résultats : 54.
 - Résultats favorables : 10.
 - Mauvais résultats : 1.
- b) 42 femmes traitées très tardivement (dernier trimestre).
 - Bons résultats : 29.
 - Résultats favorables : 9.
 - Mauvais résultats : 3.
- c) 12 primigestes, dont 6 traitées dans les 6 premiers mois et 6 traitées seulement au dernier trimestre :
 - Bons résultats : 7
 - Résultats favorables : 2.
 - Mauvais résultats : 3.

Il en résulte que pour obtenir de bons résultats, le traitement doit être précoce, intense et continu.

4^o *Les causes sociales.* — Toutes les causes d'ordre pathologique une fois éliminées, il nous reste 102 cas d'accouchement prématuré sur les 455 que nous avons pu relever, et à propos desquels nous allons essayer de rechercher s'il n'existait pas quelques causes d'ordre social, autres que la syphilis et la tuberculose.

Dans 21 cas, nous avons trouvé la grossesse interrompue chez des femmes vraiment jeunes. Il s'agit de primigestes de moins de 18 ans, 17 ans, 16 ans et même deux de 15 ans.

Nous avons signalé plus haut, la défectuosité possible du germe ; malheureusement, il est impossible de recueillir des renseignements précis sur-

tout sur le procréateur, sur son âge, son état de santé au moment des rapports fécondants. Du reste l'étude biologique complète du sperme ne fait que commencer.

Les 81 cas qui nous restent à étudier se sont produits s'échelonnant dans un espace de temps assez long, les observations que nous avons pu recueillir ne sont pas toujours complètes. D'autre part, une enquête approfondie à ce point de vue ne peut être faite par un simple interrogatoire à l'hôpital, il nous faudrait connaître la profession (travail dur, mercure, plomb, phosphore), le genre de vie, habitation, alimentation, vie génitale, etc... constituant autant de questions délicates que le médecin hésite à poser et que le Service social lui-même auquel s'adressent parfois les intéressées pose sous une forme qui souvent ne nous intéresse pas à notre point de vue.

D'ailleurs les femmes en état de grossesse qui s'adressent à l'Assistance sociale pour obtenir des secours matériels, une hospitalisation précoce leur évite la plupart du temps le risque d'un accouchement avant terme ; seules quelques-unes d'entre elles accouchent prématurément et ne constituent qu'une partie infime des cas que nous avons relevés, et encore beaucoup de ces dernières présentent-elles des maladies nettement déterminées qui occasionnent l'interruption de leur gestation.

Nous avons cependant la ferme conviction que derrière les 81 cas d'accouchement prématuré

auxquels nous n'avons pu rattacher aucune cause pathologique, il existe des facteurs d'ordre social qui n'ont pas permis à ces grossesses d'arriver à leur terme.

a) *Intoxications professionnelles.* — Le saturnisme, l'hydrargyrisme, l'intoxication par le phosphore, exercent sur la gestation une action vraiment néfaste. Le saturnisme, qu'il existe chez le père ou qu'il frappe la mère produit trois fois sur quatre l'avortement ou l'accouchement prématuré après mort du fœtus *in utero*. L'influence de l'hydrargyrisme, également néfaste, semble être moins active ; il produirait les mêmes effets que ceux qui résultent du saturnisme. Il en est de même de l'intoxication par le phosphore, le sulfure de carbone. Ces faits ne sont plus discutés. Et pendant la dernière guerre, les travaux de M. le Professeur Pinard et de ses élèves ont bien établi que l'interruption de la grossesse était d'une grande fréquence chez les ouvrières d'usines.

Parmi nos 455 cas d'accouchement prématuré, nous n'avons pas relevé de cas imputables à l'intoxication professionnelle de la mère, mais il est probable qu'un certain nombre peut être dû à l'intoxication du père ; et c'est là un fait regrettable, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, que sur les observations nous ne trouvons que des renseignements par trop insuffisants sur le procréateur. La même remarque est à faire au sujet de l'alcoolisme auquel seraient imputables nombre

d'avortements et d'accouchements prématurés.

Gaz carbonique. — Nous pensons qu'on peut rapporter aux intoxications professionnelles les cas d'accouchement prématuré observés chez des cuisinières et des bonnes à tout faire travaillant généralement debout, et passant la plupart de leur temps dans des cuisines surchauffées, jusqu'aux derniers moments de leur gestation. Il est possible que le gaz carbonique joue un rôle dans ces cas.

Nous ne faisons que signaler ce fait que parmi les 81 cas d'accouchement prématuré de causes non déterminées, un nombre important est survenu chez des cuisinières et des bonnes à tout faire, sachant bien que l'opinion de Brown-Séquard, suivant laquelle l'utérus à terme serait irrigué par un sang exagérément riche en gaz carbonique qui provoquerait les contractions du travail, est très contestée.

b) *Travaux pénibles.* — Une profession fatigante agit puissamment pour faire naître le fœtus avant terme. D'autre part, beaucoup de femmes, à cause des difficultés actuelles de la vie, sont obligées de travailler hors de chez elles, embrassant parfois même des métiers pénibles naguère réservés aux hommes, et souvent ces femmes travaillent jusqu'au moment où apparaissent les premières douleurs qu'elles ne prennent pas toujours pour des douleurs de l'enfantement et continuent parfois leur dur labeur jusqu'à ce que ces dernières deviennent assez intenses pour les empêcher de travailler.

Citons parmi les professions que nous avons

relevées, celles de femme de ménage, de blanchisseuse, de vendeuse de magasin qui exigent un travail debout et des mouvements perpétuels ; il en est de même pour celle de receveuse de tramway qui expose en outre la femme à une trépidation incessante. Citons encore les métiers d'ouvrières d'usine, de mécanicienne, qui exigent un travail sinon très pénible, du moins assez prolongé, donnant à la femme enceinte le temps juste nécessaire de se nourrir à la hâte entre deux séances de travail.

c) *Surmenage*. — Le surmenage agit de la même façon, en diminuant la durée de la grossesse. En Extrême-Orient, les matrones conseillaient aux jeunes primigestes de travailler durement pendant les derniers mois de la gestation pour faciliter l'accouchement à venir. N'est-ce pas là faire juste le contraire de ce qu'enseigne M. le professeur Pinard ? Cela équivaut presque à un accouchement prématuré provoqué, toutes nos femmes sont d'accord pour reconnaître l'efficacité de ce procédé. Naturellement, nous ne garantissons pas l'état de santé des enfants ainsi obtenus.

Les excès de toutes sortes peuvent donner les mêmes résultats que le surmenage. Citons le cas de deux jeunes femmes qui ont accouché prématurément le 15 juillet pour avoir, ont elles avoué, dansé durant toute la nuit du 14.

La puériculture intra-utérine telle que l'a préconisée M. le Professeur Pinard doit être appliquée dans tous les cas précités.

L'observation des faits, comme nous l'avons noté plus haut, à propos de la grossesse gémellaire, rend indiscutable la proposition suivante :

« Lorsqu'une femme qui pourrait donner la vie à des enfants robustes et viables accouche presque toujours avant terme d'enfants morts, non viables ou d'une vitalité inférieure, c'est parce que le plus souvent sa position sociale, disons le mot, sa misère l'a contrainte à travailler jusqu'au moment où les douleurs de l'accouchement sont venues la surprendre » (Bachimont. Thèse Paris, 1900).

d) *Alimentation*. — Nous avons fait allusion plus haut à ces ouvrières travaillant toute la journée, mangeant à la hâte entre deux séances de travail. Souvent la femme, obligée de travailler pour gagner sa vie, se surmène et se prive en même temps. Loin de « manger pour deux », une alimentation insuffisante, défectueuse lui permet à peine de réparer les déperditions de son propre organisme.

C'est un fait courant que des ouvrières étant jeunes filles se privent du repas de midi pour avoir quelques accessoires de toilette ; étant femmes et enceintes, déjà bonnes mères, beaucoup se privent aussi pour réserver quelque douceur à l'enfant qui va naître.

S'il semble, d'après des travaux allemands, qu'une alimentation défectueuse et insuffisante, comme cela s'observait pendant la dernière guerre, prolonge peut-être la grossesse, il ne reste pas moins vrai que l'organisme fœtal s'en ressent, et que le

poids moyen du nouveau-né soi disant à terme est nettement inférieur à la normale.

a) *Habitation*. — A côté de la profession et de l'alimentation, l'habitation a certainement sur la gestation une influence également défavorable. Nous avons ainsi relevé des cas d'accouchement prématuré chez des concierges vivant dans des loges humides, privées d'air et de lumière.

La crise actuelle du logement intervient quelque peu dans l'évolution des gestations. Nous observons ainsi des cas d'accouchement prématuré chez des femmes logeant dans des logements exigus avec toute leur nombreuse famille ; chez d'autres vivant dans de petites mansardes et rien que le fait d'y accéder constitue déjà un exercice exténuant pour une femme en état de grossesse.

Toutes ces causes, profession pénible, alimentation insuffisante et défectueuse, mauvaise habitation, se combinent généralement, et on ne peut pas faire la part de l'une ou de l'autre dans l'étiologie de l'accouchement avant terme. La misère physiologique est un état où la grossesse constitue une éventualité incompatible. Si tout de même elle survenait, son interruption précoce serait la règle. Elle n'est du reste que la résultante de toutes les causes que nous avons énumérées et dont une seule suffit déjà dans bon nombre de cas à interrompre la gestation.

* * *

Il résulte de ce qui précède que les causes d'accouchement prématuré que nous avons groupées dans ce deuxième groupe, sont les plus importantes. Ce sont des causes d'ordre général et social qui constituent à elles seules les 82,6 % des causes d'accouchement prématuré. Et parmi ces causes, la syphilis occupe la plus grande part puisqu'elle fournit à elle seule 62 % des accouchements avant terme. Les autres causes d'ordre social ne sont pas non plus négligeables : 81 cas d'accouchement prématuré soit 17,8 % dont l'étiologie reste imparfaitement élucidée semblent bien relever de ces causes : profession pénible, surmenage, alimentation défectueuse, taudis, misère physiologique.

Les accouchements prématurés relevant de ces causes générales, qu'elles soient d'ordre pathologique ou social, sont le plus souvent prévisibles et par conséquent justiciables d'un traitement prophylactique ou curatif.

Nous pouvons donc tirer de ces faits, des déductions éminemment pratiques. Il y a évidemment un effort à faire de façon à diminuer d'une part la fréquence des accouchements prématurés en cherchant à prolonger par tous les moyens dont nous pourrions disposer la durée de la grossesse et la mener le plus près possible du terme normal ; d'autre part, à obtenir des produits de conception les plus viables possible.

VI

DÉDUCTIONS PRATIQUES

Pour obtenir le double résultat que nous cherchons, d'une part diminuer les accouchements prématurés, d'autre part obtenir des enfants aussi viables que possible, nous devons déclencher une double offensive, médicale et sociale.

Nous disposons pour cela des moyens d'une efficacité certaine, comme cela résulte des efforts qu'ont déployés nos maîtres dans les maternités et certaines œuvres d'une utilité indiscutable.

1^o *Action médicale* — C'est principalement contre la tuberculose et surtout contre la syphilis que notre action médicale rend les plus grands services.

a) Contre la tuberculose, ce sont les méthodes habituelles qu'il convient d'instituer : cure de recalcification pour parer aux inconvénients de la décalcification gravidique, sanatoria, cures d'air et d'altitude, pneumothorax thérapeutique, service spécial annexé aux maternités (Thèse de Lacomme). Après la naissance, c'est la préservation de l'enfant, son éloignement du milieu tuberculeux, son placement à la campagne (œuvres de Grancher et de Léon Bernard), la prémunition par le vaccin de Calmette et Guérin.

b) Contre la Syphilis. Comme il résulte de ce que nous avons relaté plus haut en ce qui concerne le service annexe de la maternité de Lariboisière, le traitement antisiphilitique intensif, prolongé, continu, diminue dans une forte proportion les accouchements prématurés et la morti-natalité.

La création de centres de prophylaxie, la lutte antisiphilitique telle qu'elle est menée partout, en s'inspirant de ce qu'a réalisé M. le Professeur Couvelaire à la Clinique Baudelocque, a donné des résultats les plus heureux. Il est un fait évident que les consultations prénatales, ont dans une large mesure contribué à la diminution de la morti-natalité. Après la naissance, ce sera encore le traitement de l'enfant qui assurera à ce dernier une croissance normale.

2^o *Action sociale* — Cependant l'éducation sociale des femmes reste encore à faire dans bien des cas. C'est là surtout que le dévouement inlassable des œuvres sociales, telles que le Service Social, la Mutualité Maternelle, l'Appui Maternel, les Cantines Maternelles, les Maisons Maternelles, pour ne citer que les plus connues, apporte au médecin une aide sérieuse dans la lutte contre les grands fléaux sociaux. C'est grâce à ces œuvres que beaucoup de femmes arrivent à comprendre la nécessité de se faire suivre médicalement, qu'elles reçoivent des secours matériels importants, leur permettant pendant la grossesse de bénéficier du repos qu'exige leur état selon la grande idée de M. le Professeur Pinard, et

après l'accouchement d'élever leur enfant d'une façon la plus heureuse.

C'est à cet effet que les consultations de nourrissons sont annexées aux Maternités et qu'un service social y est adjoint.

VII

CONCLUSION

I. — Il résulte des faits observés à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière pendant l'année 1929, que la fréquence de l'accouchement prématuré est encore aujourd'hui bien grande, puisque l'accouchement prématuré y réunit au moins les 24,3 % de la totalité des accouchements.

II. — Nous pouvons distinguer parmi les causes d'accouchement prématuré deux grands groupes :

1^o Celles qui sont d'ordre pathologique, imprévisibles, à peu près inaccessibles à notre action thérapeutique tant préventive que curative.

2^o Celles qui sont d'ordre général et social, prévisibles, sur lesquelles une double offensive médicale et sociale peut donner d'excellents résultats.

III. — Dans les causes médico-sociales de l'accouchement prématuré, la syphilis occupe la première place, elle réunit à elle seule 62 % des accouchements avant terme. Le traitement antisypilitique vient donc en première ligne dans la lutte contre l'interruption de la grossesse et de la morti-natalité,

à condition toutefois que les femmes, éduquées, viennent consulter.

IV. — Les professions pénibles, le surmenage, l'alimentation défectueuse, le taudis, la misère physiologique constituent autant d'autres causes d'interruption de la gestation. Il est certain que dans ces cas les différentes œuvres sociales sont d'un grand secours pour le médecin dans sa lutte contre la prématuration.

V. — Le pronostic s'améliorera avec une pratique méthodique de la puériculture intra-utérine telle qu'elle a été préconisée par M. le Professeur Pinard et complétée par les dispensaires de prophylaxie (syphilis et tuberculose) du Professeur Couvelaire et l'éducation préventive des femmes par la vulgarisation des notions de puériculture.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bachimont.* — Thèse Paris, 1900.
- Balthazard.* — Précis de Médecine légale.
- Bar, Brindeau, Chambrelent.* — La pratique de l'art des accouchements.
- Blasart.* — Thèse Paris, 1930.
- Bumm.* — Traité d'Obstétrique.
- Couvelaire.* — Bull. Soc. Obst. Paris, 1921.
- Couvelaire.* — Leçon inaugurale. Cl. Baudelocque, 1929.
- Couvelaire.* — Influence des consultations pré-natales sur la morti-natalité, 1924.
- Demelin et Devraigne.* — Manuel de l'accoucheur.
- Devraigne.* — 25 ans de Puériculture.
- Jeannin et Dubrisay.* — Précis d'Obstétrique.
- Lemeland.* — Obst., avril 1911.
- Maygrier et Schwaab.* — Précis d'Obstétrique.
- Marfan.* — Clinique des Maladies de la Première enfance. Paris, 1926.
- Metzger.* — L'accoucheur moderne.
- Pinard.* — Traité du Palper abdominal.
- Poirier.* — Traité d'Anatomie.
- Tarnier et Chantreuil.* — Traité de l'art des accouchements.
- Wallich et Fruhinsholz.* — Soc. Obst. de France, 1911.
- Wallich et Lévy-Solal.* — Précis d'Obstétrique.

